

***Campus Zona Norte - Porto Velho - RO***  
**Coordenação do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD**

**KLYVILA TAYANE DA SILVA RIBEIRO**

**SIDINEYDE RAMALHO DE OLIVEIRA**

**GESTÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E  
POSSIBILIDADES**

PORTO VELHO - RO  
2025

KLYVILA TAYANE DA SILVA RIBEIRO

SIDINEYDE RAMALHO DE OLIVEIRA

**GESTÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E  
POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) entregue como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus Zona Norte - Porto Velho - RO*, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dra. Patrícia Passos Simões.

PORTO VELHO - RO  
2025

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Ribeiro, Klyvila Tayane da Silva.

Gestão pública no Sistema Único de Saúde: desafios e possibilidades / Klyvila Tayane da Silva Ribeiro, Sidneyde Ramalho de Oliveira. - Porto Velho, 2025.

29 f.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Patrícia Passos Simões.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2025.

1. Gestão pública. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Políticas públicas. I. Oliveira, Sidneyde Ramalho de. II. Simões, Patrícia Passos (orient.). III. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia - IFRO. IV. Título.

**Bibliotecário(a) Responsável:** Celia Reis Sales, CRB-CRB11/955


KLYVILA TAYANE DA SILVA RIBEIRO

SIDINEYDE RAMALHO DE OLIVEIRA

## **GESTÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) entregue como Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus Zona Norte - Porto Velho - RO*, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dra. Patrícia Passos Simões.

Aprovado em: 06/08/2025 pela banca examinadora.


Documento assinado digitalmente  
 ISABEL CRISTINA BENTO  
Data: 26/09/2025 11:14:34-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Profa Dra Isabel Cristina Bento – membro da banca

Profa Dra Angelina Maria de Oliveira Licorio – membro da banca

---

Documento assinado digitalmente  
 PATRICIA PASSOS SIMOES  
Data: 24/09/2025 15:40:15-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Dra Patrícia Passos Simões - orientadora

## **DEDICATÓRIA**

Nesta dedicatória de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), entrego cada palavra àquele que guiou cada passo incerto, cada tecla digitada – Deus. Por vezes, senti-me navegando em um mar de incertezas acadêmicas, mas foi a fé que me serviu de bússola, transformando obstáculos em degraus. Obrigado por não permitir que o café fosse meu único milagre matinal

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelos dons que me deu nesta existência que serviram na realização deste projeto. Sou grato aos meus pais por sempre me incentivarem e acreditarem que eu seria capaz de superar os obstáculos que a vida me apresentou. Agradeço à minha orientadora, Patrícia Passos Simões por sempre estar presente para indicar a direção correta que o trabalho deve tomar.

Também agradeço a meu amigo Sidineyde Ramalho de Oliveira que sempre me ajudou com sua vasta experiência desde o início deste projeto de pesquisa.

“A igualdade de direitos não implica a igualdade de talentos, habilidades ou inteligência.” (Aldous Hux)

## **GESTÃO PÚBLICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

**RESUMO:** A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado na Constituição Federal de 1988, representou uma transformação profunda na forma como o Brasil compreende e executa políticas públicas de saúde. A universalização do acesso, a integralidade da atenção e a descentralização administrativa tornaram-se princípios fundamentais. Contudo, para que esse sistema se tornasse viável, diversos marcos legais foram estabelecidos ao longo do tempo, delineando as bases jurídicas e organizacionais da gestão do SUS. A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos elementos fundamentais para a consolidação do direito à saúde no Brasil. Este artigo discute os principais aspectos da administração pública no setor da saúde, analisando seus desafios estruturais, a distribuição de competências entre os entes federativos e a necessidade de maior eficiência e controle na alocação de recursos. Parte-se da premissa de que a crise no setor não se limita à escassez de recursos, mas também à má gestão e à fragilidade institucional. A partir de uma abordagem discursiva, busca-se refletir sobre possíveis soluções para o fortalecimento da saúde pública no país. Diante dos desafios apresentados, é possível pensar em alternativas que contribuam para uma gestão mais eficiente, transparente e centrada no cidadão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão pública; Sistema Único de Saúde; Políticas públicas;

**ABSTRACT:** The creation of the Unified Health System (SUS), enshrined in the 1988 Federal Constitution, represented a profound transformation in the way Brazil understands and implements public health policies. Universal access, comprehensive care, and administrative decentralization became fundamental principles. However, for this system to become viable, several legal frameworks were established over time, outlining the legal and organizational foundations of SUS management. The management of the Unified Health System (SUS) is one of the fundamental elements for consolidating the right to health in Brazil. This article discusses the main aspects of public administration in the health sector, analyzing its structural challenges, the distribution of responsibilities among federative entities, and the need for greater efficiency and control in resource allocation. The premise is that the crisis in the sector is not limited to resource scarcity, but also to mismanagement and institutional fragility. Using a discursive approach, the article seeks to reflect on possible solutions for strengthening public health in the country. Given the challenges presented, it is possible to consider alternatives that contribute to more efficient, transparent, and citizen-centered management.

**KEYWORDS:** Public management; Unified Health System; Public policies;

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO OU BIBLIOGRÁFICO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Fundamentos do SUS, Gestão e Descentralização .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Instâncias Colegiadas e Níveis de Complexidade.....</b>	<b>20</b>
<b>4.3 Financiamento do SUS e os Desafios da Gestão do SUS .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 SUS e Tecnologias.....</b>	<b>24</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Gestão é o conjunto de ações, processos e decisões voltadas para administrar recursos, pessoas, tempo e estratégias com o objetivo de alcançar determinados resultados e metas. Em termos simples, gestão significa organizar e coordenar as atividades de uma organização, seja pública, privada ou do terceiro setor, para que ela funcione bem e atinja seus objetivos (Drucker, 2001 ).

No caso da gestão do Sistema de Saúde Pública, significa planejar, organizar e controlar os serviços de saúde (como hospitais, postos de saúde, vacinas, medicamentos etc.) para garantir que toda a população receba atendimento eficiente e gratuito, como previsto na Constituição. A gestão da saúde pública é o modo como o Estado planeja, organiza e executa as ações e serviços de saúde, garantindo o acesso universal, gratuito e de qualidade à população, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2021).

Desde sua criação em 1988, do SUS representa uma das maiores conquistas sociais brasileiras. É um dos únicos sistemas no mundo que garante acesso universal e gratuito a serviços de saúde a toda a população. Entre suas principais contribuições estão: a cobertura de mais de 190 milhões de brasileiros; programas de vacinação amplos e eficazes, como o de combate à COVID-19; realização de procedimentos complexos como transplantes de órgãos; estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva atendimento a regiões periféricas e rurais. Esses avanços mostram que é um pilar essencial para a equidade e justiça social no país (Brasil, 1980).

A Constituição Federal (1988) determinou, em seu Art. 196, que "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado..." dando nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como um direito universal. Já a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS, sendo estas duas normativas singularmente relevantes para este novo modelo de atenção à saúde (Paulus Júnior & Cordoni Júnior, 2006).

Segundo Cecílio (2009), a gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões

altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos-singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população.

Este trabalho tem como objetivo analisar criticamente a gestão do SUS, destacando seus desafios estruturais, estratégias de planejamento e seu papel como instrumento de garantia do acesso universal e equitativo à saúde.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A política adotada até 1930 era a do clientelismo, que privilegiava a elite ruralista mineira e Paulista, principal eixo de comando político na república velha. Garantia, à elite, privilégios sociais e econômico, como, também, a impunidade diante da corrupção e demais benefícios. Com a revolução de 1930, Getúlio Vargas assumiu o poder e adotou práticas inovadoras para a gestão pública brasileira. O Estado ganhou um novo perfil: o de desenvolvimentista e de articulador na consolidação de uma nova identidade nacional (Freitas, Dacorso, 2014).

Segundo Cecílio (2009), a gestão/ administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos -singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população.

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste pacto considerou algumas diretrizes que ressaltam o comprometimento entre os gestores do SUS com a estabilidade da Reforma Sanitária Brasileira, evidenciada no amparo dos princípios do SUS assegurado na Constituição Federal; elaborar e vincular ações, no seu âmbito de aptidão e concomitante com os demais gestores, que visem qualificar e garantir o SUS como política pública (Brasil, 2006). O gestor de saúde, seja qual for sua esfera de atuação, deve ter uma visão ampliada de saúde, ser capaz de uma priorização adequada dos problemas e necessidades da comunidade, e de executar o modelo de atenção integral e da gestão participativa (André; Ciampone, 2007).

Para que os serviços de saúde sejam resolutivos em suas áreas de abrangência necessitam de infraestrutura que contenham em quantidade e qualidade: materiais e equipamentos, trabalhadores, organização para a atenção primária, secundária e terciária de saúde e, principalmente, a configuração do processo de trabalho (Signor et al, 2014).

Grande parte dos gestores da saúde pública do Brasil encontra sérias dificuldades em seu processo de trabalho, para tentar solucionar os problemas, sofrimentos e urgências dos usuários do Sistema Único de Saúde. Por muitas vezes, são obrigados a reprimir demandas, pois, com diagnóstico precoce e ações preventivas, seria possível evitar o agravamento de muitas situações. Contudo, devido à escassez de recursos, os gestores são forçados a priorizar casos mais urgentes. As necessidades, demandas e direitos de toda a população (Brasil, 2007).

A criação do SUS representou uma transformação profunda na forma como o Brasil compreende e executa políticas públicas de saúde. A universalização do acesso, a integralidade da atenção e a descentralização administrativa tornaram-se princípios fundamentais. Contudo, para que esse sistema se tornasse viável, diversos marcos legais foram estabelecidos ao longo do tempo, delineando as bases jurídicas e organizacionais da gestão do SUS (Brasil, 2007).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988).

No artigo 198, o SUS é definido: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. A regulamentação do SUS ocorreu com a promulgação de duas leis complementares em 1990: Lei nº 8.080/1990: Conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define a organização, o financiamento e os princípios e diretrizes do SUS. Estabelece que a saúde deve ser promovida não apenas por ações médicas, mas também por políticas públicas de saneamento, alimentação, moradia, entre outras. (Brasil, 1990).

A Lei nº 8.142/1990 determina a participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Também estabelece os critérios para a transferência de recursos federais para Estados e Municípios, incentivando a descentralização. Essas leis são fundamentais para garantir a governança democrática do SUS e a autonomia dos entes federativos na gestão dos serviços. (Brasil, 1990).

Para operacionalizar os princípios constitucionais e legais, o Ministério da Saúde elaborou diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs), com destaque para as de 1993, 1996 e 2001. Elas definiram regras para o financiamento, a descentralização administrativa e a autonomia municipal, marcando a consolidação do modelo de gestão tripartite. (Brasil, 2006). Posteriormente, os Pactos pela Saúde (2006) substituíram as NOBs, com os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que reforçaram a corresponsabilidade dos entes federativos e estimularam a regionalização dos serviços de saúde. (Brasil, 2006).

O Decreto nº 7.508/2011 aprofunda a regulamentação da Lei nº 8.080/1990, estabelecendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a região de saúde, o contrato organizativo da ação pública da saúde (COAP) e detalhando a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde no território nacional. O decreto também reforça a importância da regionalização e da articulação entre os entes federados para garantir a integralidade do cuidado. (Brasil, 1990).

Já a Emenda Constitucional nº 95/2016 regulamenta o teto de Gastos e Desafios ao SUS. Ela representou instituiu um novo regime fiscal, que limita os gastos públicos por 20 anos. A medida foi amplamente criticada por especialistas em saúde pública, por comprometer o financiamento e a sustentabilidade do sistema.

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade, novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços. Nível de eficiência, eficácia e efetividade que o mercado atual exige e cobra. Neste contexto, elencamos a seguir algumas tendências na gestão em saúde, lembrando que não são exaustivas (Brasil, 2016).

Assim, como não há um modelo de gestão ideal, uma receita única para o sucesso de qualquer organização, da mesma forma as organizações de saúde devem levar em conta sua história, missão, visão e valores, assim como a cultura organizacional. Todos esses fatores tornam uma organização única, o que demanda ações

específicas de gestão. Assim são destacados apenas os modelos da Gestão da Qualidade, das RAS, da Gestão Estratégica e da Gestão Participativa – Cogestão, como algumas possibilidades para o enorme desafio nesta área (Brasil, 2007).

É perceptível nos últimos anos a abordagem do tema qualidade e seus métodos para alcançar uma prestação de serviços com qualidade na área da saúde, uma tendência que busca fortalecimento e estratégias inteiradas a um conjunto de intervenções nas organizações de saúde (Brasil, 2007).

Avedis Donabedian publicou em 1960 os conceitos que podem ser considerados como a base para a avaliação moderna da qualidade de sistemas de saúde. É desse autor a proposta de avaliar os sistemas de saúde por meio da abordagem de seus três principais elementos que ficaram conhecidos como tríade de Donabedian: estrutura, processo e resultado. Contribuiu com uma compilação das dimensões da qualidade conhecida como os sete pilares da qualidade (Ribeiro; Madureira, 2010):

1. Eficácia é a habilidade da ciência e da arte da assistência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar.
2. Eficiência é a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico.
3. Efetividade é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o potencial esperado (ou ideal do mesmo).
4. Adequação ou otimização consiste no estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico.
5. Conformidade ou aceitabilidade é a adaptação dos cuidados médicos e da atenção à saúde, às expectativas, aos desejos e valores dos pacientes e familiares.
6. Legitimidade é a mesma possibilidade de se adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo, implicando conformidade individual satisfação e bem-estar da coletividade.
7. Equidade é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para a comunidade, população ou sociedade.

A Gestão Participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade

(Brasil, 2007). Já a Gestão Estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida (Brasil, 2007). Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros (Brasil, 2003).

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (Brasil, 2006).

Este conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo (Brasil, 2007).

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social (Brasil, 2006).

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de

novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população (Brasil, 2007).

A gestão em saúde pública enfrenta o desafio complexo de abordar os determinantes sociais da saúde (DSS) e promover o bem-estar coletivo de maneira abrangente e eficaz. Dentro do campo da gestão em saúde pública, diversas abordagens integradas têm sido desenvolvidas e adotadas para lidar com as complexas questões de saúde coletiva. Um exemplo notável é o modelo de DSS, que reconhece que a saúde de uma população é influenciada por fatores socioeconômicos, ambientais e comportamentais (Dias *et al.*, 2017). Esse modelo busca abordar esses determinantes por meio de intervenções que vão além do sistema de saúde, como políticas de educação, habitação e renda.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho procurou responder ao seguinte questionamento: Como se dá o processo de gestão do Sistema Único de Saúde? Para isto, adotou uma abordagem metodológica baseada na revisão de literatura, visando aprofundar o entendimento sobre as abordagens integradas utilizadas na gestão em saúde pública para promover a saúde coletiva, uma vez que busca reunir, analisar e sintetizar o conhecimento existente sobre o tema proposto.

Esta metodologia proporciona uma visão ampla e aprofundada do tema em estudo, aproveitando pesquisas já realizadas, sendo fundamentado em ideias e pressupostos de especialistas que apresentam significativa importância na definição e construção dos conceitos discutidos nesta análise.

Para tal, tais objetos serão estudados em fontes secundárias como trabalhos acadêmicos, artigos, livros e afins, que foram aqui selecionados. Assim sendo, o trabalho transcorrerá a partir do método conceitual-analítico. Utilizaremos conceitos e ideias de outros autores, semelhantes com os nossos objetivos, para a construção de uma análise científica sobre o nosso objeto de estudo.

A busca por artigos ocorreu entre fevereiro e junho de 2025 em bases de dados como *Scientific Electronic Online Library* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico, este último sendo destacado pela facilidade de acesso a artigos em revistas não indexadas. Os descritores utilizados foram obtidos dos Descritores

em Ciências da Saúde (DeCS) e incluíram termos como Saúde Pública, Saúde Coletiva, Gestão em Saúde e Programas de Saúde.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Fundamentos do SUS, Gestão e Descentralização**

As fundamentações legais do SUS preveem a organização dos sistemas públicos de saúde em tópicos, como Planejamento e orçamento; financiamento e recurso – sejam financeiros ou humanos –; descentralização, municipalização; e outros pontos que exigem uma otimização na gestão dos recursos. Nesse sentido, recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados e municípios devem ser mobilizados para a prestação de serviços de assistência à saúde da população. Uma gestão pública comprometida com a responsabilidade financeira, a eficiência operacional e o desenvolvimento das pessoas é capaz de gerar impactos positivos significativos na sociedade, garantindo o bem-estar e o progresso coletivo (Abrucio,2013).

Evidentemente, o exercício adequado dessas responsabilidades é essencial não apenas para elevar o nível de saúde e a qualidade de vida da população, mas por ser parte fundamental do papel do Estado em saúde, o qual inclui ademais a condução, a regulamentação, o financiamento, a supervisão e a padronização da prestação de serviços. Antes da Constituição de 1988, que lançou as bases para sua construção, mais de 60% da população brasileira vivia num vazio assistencial. Para Almeida, Silva (2016), o Brasil apresenta um contínuo crescimento com o gasto na saúde, relacionado à universalização do acesso a partir da criação do SUS, ao aumento da expectativa de vida da população e, sobretudo, à incorporação tecnológica das últimas décadas.

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (Brasil, 1990).

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos

arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (Brasil, 2002).

A Vigilância das Coberturas Vacinais (VCV) é um conjunto de ações que compreende o monitoramento, a avaliação, a investigação dos determinantes ou fatores de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis em determinada população-alvo, fornecendo subsídios para o diagnóstico da situação vacinal e adoção de intervenção oportuna embasada em evidências técnicas e científicas. Tem como referência os princípios da Vigilância Epidemiológica, adotando os termos vigilância e investigação no sentido de identificar situações de risco para intervir (Brasil, 2002).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região. No entanto, essa estrutura, apesar de bem-intencionada, frequentemente esbarra na falta de capacitação técnica, na desigualdade entre regiões e na sobreposição de funções (Brasil, 2007).

A gestão descentralizada do SUS, especialmente as secretarias municipais de saúde, permanecem tensionadas e angustiadas quando, por um lado, por princípio humano e para evitar omissão de socorro, concentram os baixos recursos nas situações de urgência e as mais graves, com serviços supercongestionados, frequentemente acrescentando recursos municipais aos valores da tabela federal. (Santos 2013, p. 274):

Essa estrutura visa garantir a integralidade da atenção à saúde e a efetividade das políticas públicas no território nacional (Brasil, 2002). União (nível federal). Responsável principal: Ministério da Saúde. Funções principais: Formular políticas nacionais de saúde. Coordenar o sistema nacional de saúde. Definir normas técnicas e legais para todo o SUS. Financiar o SUS por meio do Fundo Nacional de Saúde. Promover ações de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador.

Apoiar tecnicamente os Estados e Municípios (Brasil, 2002).

Estados e Distrito Federal (nível estadual). Responsáveis principais: Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Funções principais: Coordenar e articular as ações de saúde nas regiões de saúde. Planejar e executar políticas de média e alta complexidade. Avaliar os serviços prestados em sua jurisdição. Cooperar tecnicamente com os municípios. Co-financiar os serviços de saúde por meio do Fundo Estadual de Saúde (Brasil, 2002).

Municípios (nível municipal). Responsáveis principais: Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Funções principais: Executar diretamente a maior parte dos serviços de atenção básica à saúde (postos, UBS, PSF, vacinação, etc.). Gerir os recursos recebidos do Estado e da União. Planejar e implementar ações conforme as necessidades locais. Coordenar programas como o Estratégia Saúde da Família. Promover a participação social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) distribuiu as competências e atribuições comuns dos entes para a gestão do SUS. União, os Estados e os municípios devem tomar conhecimento de suas responsabilidades para que os entes municipais não fiquem sobrecarregados na prestação de serviços à população.

Como dito por Calmon & Gusso (2004), na constituição de 1988, foi definida alguns instrumentos governamentais de planejamento financeiro para a gestão pública, sendo eles: a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária anual.

A Lei do PPA é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública. A LDO estabelece as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte (Calmon & Gusso, 2004).

No caminho percorrido para a implementação do SUS, a descentralização, da gestão tem sido apontada como diretriz que está de fato favorecendo a capilarização da rede de serviços, possibilitando o surgimento de novas demandas e ampliando o acesso da população, através de novos modelos e estratégias, como exemplo, o Programa de Saúde da Família. A municipalização da saúde foi a principal forma adotada para o desenvolvimento da descentralização da saúde, pelos órgãos de gestão colegiada e pelos atores políticos mais relevantes do SUS, ao longo da década de 1990. Isto propiciou uma maior responsabilização dos prefeitos e secretários municipais de saúde, no gerenciamento do sistema local (Silva, 2010).

Considerando-se a municipalização como a marca mais significativa da política de saúde que deu lugar de destaque aos executivos municipais na gestão dessa política, transferindo para o executivo municipal, na figura do prefeito e do secretário municipal de saúde, as principais decisões sobre essa política (Di Pietro, 2021).

A implementação de novos modelos assistenciais, baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular, vem exigindo uma maior capacidade institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, para o exercício de inúmeras funções, entre elas: a formulação de políticas, planejamento financeiro, regulamentação e normatização, garantia e regulação do acesso aos serviços de saúde, organização regionalizada da rede de serviços de saúde, monitoramento e avaliação do sistema estadual e articulação de esforços e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde. Nessa perspectiva, quanto mais o planejamento desse sistema estiver articulado e integrado com a coletividade, tanto maior será a garantia de um serviço de saúde com qualidade e equidade (Backes *et al.*, 2009).

Segundo Santos, Maia e Facundes (2022), essas leis definem, entre outros aspectos, as competências dos governos da União, dos estados e dos municípios sobre as condições de promoção, proteção e restauração da saúde, sobre o financiamento de todas as ações e serviços de saúde no país, sobre os serviços médicos, incluindo, determinar que estruturas de saúde formará um sistema único de saúde: postos e centros de saúde, hospitais universitários, laboratórios e centros de doação de sangue, assim como institutos de pesquisa em saúde e fundações.

#### **4.2 Instâncias Colegiadas do SUS e Níveis de Complexidade**

Um importante componente deste processo foi a articulação política e técnica dos gestores estaduais nos espaços da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aparecendo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como importante ator na mobilização política e na capacitação dos gestores e técnicos das SES para o seu novo papel. Entre as funções dessas comissões estão a fiscalização do funcionamento dos planos e fundos de saúde, bem como dos conselhos de saúde, e a aprovação dos relatórios de gestão. Nessas instâncias também se negociam as prioridades e os recursos, bem como se definem as estratégias de descentralização e transferências de recursos e os instrumentos de planejamento e gestão compartilhada (Fleury; Ouverney, 2007).

O Conselho de Saúde é uma instância Colegiada, deliberativa e permanente do SUS, integrante da estrutura organizacional em cada esfera de gestão. É composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. As principais funções de um conselheiro são acompanhar as atividades do sistema, e promover melhorias dentro das unidades de saúde (Amaral *et al*, 2008).

Entre suas atribuições, é responsável por realizar conferências e fóruns de participação social, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar a sua execução, avaliando, a cada quatro anos, o plano de saúde. Por fim, o conselho deve atuar no sentido de garantir que o direito à saúde integral e de qualidade, conforme estabelece a Constituição de 1988, seja efetivado a todos os cidadãos. A partir dessas conferências são formalizadas propostas de mudanças para uma atenção à saúde baseada no direito universal, no acesso igualitário e com ampla participação da sociedade nos processos decisórios (Paulus Júnior & Cordoni Júnior, 2006).

os atores envolvidos na pactuação dos critérios e mecanismos de financiamento do SUS se articulam em uma rede cuja estrutura se conforma de maneira bastante heterogênea e complexa. Observa-se grande diversidade na estruturação e funcionamento dessa rede, no nível dos estados e regiões, o que permite considerar a existência, não de uma única rede, mas de diversas 'subredes' (ou de componentes menores de uma única rede) que articulam atores situados em diferentes níveis do sistema de saúde, interligadas de forma mais ou menos consistente. (Campos 2018, p. 85).

A gestão em saúde sempre enfrenta desafios relacionados às doenças, e a vigilância epidemiológica emerge como uma importante estratégia. Através da coleta, análise e monitoramento contínuo de dados de saúde, é possível identificar e controlar doenças e agravos à saúde que afetam a população. Ela contribui significativamente para a saúde coletiva, possibilitando o monitoramento de surtos de doenças transmissíveis, a investigação de casos suspeitos ou confirmados de doenças, a detecção precoce de epidemias e a elaboração de estratégias eficazes de controle e prevenção (Fernandes & Bordin, 2022).

As unidades básicas de saúde desempenham o papel de atendimento primário

à população/usuário, onde são realizados de baixa complexidade. Já nos hospitais, são atendidos pacientes com necessidades mais abrangentes, tornando-se indispensável à realização de serviços mais especializados. Por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, os usuários são encaminhados aos atendimentos de média e alta complexidade em hospitais, sendo na maioria das vezes, atendidos pelo SUS. Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), desempenham um papel importante no encaminhamento da população para os hospitais, diminuindo as taxas de internações hospitalares com procedimentos que, na maioria das vezes são solucionados na atenção básica. Esse é um dos grandes desafios a serem perseguidos por parte, tanto desses atores sociais que se propõem a estar à frente destas Unidades, quanto dos órgãos formadores de recursos humanos em saúde, aos quais cabe a tarefa de preparar profissionais para assumirem a transformação dessas práticas, bem como estabelecendo parcerias para a educação permanente (André; Ciampone, 2007).

### **4.3 Financiamento do SUS e os Desafios da Gestão do SUS**

O financiamento desse sistema é um grande desafio. Apesar de todos os investimentos realizados nos últimos anos para garantir um sistema público e universal, o percentual investido em saúde, quando comparados a outros países com sistemas semelhantes, tem um valor ainda muito baixo. Essa realidade de financiamento produz impactos sobre a cobertura e a qualidade dos serviços oferecidos e configura um sistema de saúde distinto do previsto na Constituição.

O Planejamento permite que gestores antecipem demandas, otimizem recursos e promovam ações coordenadas, assegurando que as necessidades de saúde da população sejam atendidas de forma equitativa. O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central de Planejamento para definição e implementação de iniciativas na saúde municipal, sendo elaborado no primeiro ano de mandato e vigente nos três últimos anos e no primeiro ano do próximo mandato.

Segundo o Ministério da Saúde, o financiamento do SUS é feito pelas três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, conforme determina a CF/88, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2012b).

O setor da saúde brasileiro é financiado por várias fontes e através de diversos tipos de arranjos e fluxos financeiros. As fontes que asseguram o maior aporte de

recursos ao Ministério da Saúde são: a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 151 – COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido. Os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

O Pacto pela Saúde é um marco importante na gestão do SUS, tanto administrativa quanto financeiramente, e foi regulamentado pela Portaria n. 399/06, que o divulga e aprova suas diretrizes operacionais (Brasil, 2006b). O repasse dos recursos está regulamentado pela Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual, além de dispor sobre valores, percentuais e normas para o cálculo do repasse mínimo a ser aplicado pelos entes federados, estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 2012d). O SIAFI é o principal instrumento de administração orçamentária e financeira da União. Nele são registradas todas as transferências realizadas pelo FNS (Brasil, 2003).

A crise da saúde pública brasileira não se resume à escassez de recursos financeiros. Trata-se, sobretudo, de uma crise de gestão, que compromete a capacidade do SUS de cumprir sua função social. Uma reforma administrativa profunda, com foco em Planejamento estratégico, qualificação técnica e participação social, é fundamental para garantir um sistema de saúde mais justo, eficiente e universal. O fortalecimento da gestão pública em saúde é, portanto, um passo indispensável para a consolidação da cidadania no Brasil.

O SUS é uma conquista histórica que reflete os princípios da dignidade humana, igualdade e justiça social. No entanto, seus inúmeros desafios exigem reformas estruturais, maior investimento e compromisso político. A superação desses obstáculos não depende apenas de recursos financeiros, mas de uma mudança na forma como a saúde pública é planejada e gerida. Santos, Maia e Facundes (2022) explicam que a Constituição Federal de 1988 é o marco histórico e político mais importante no processo de desenvolvimento do sistema público de saúde brasileiro, pois reconhece a saúde como um direito social e prevê mudanças radicais no funcionamento do Estado e seu papel na saúde.

Diante dos desafios apresentados, é possível pensar em alternativas que contribuam para uma gestão mais eficiente, transparente e centrada no cidadão: Gestão baseada em resultados: Avaliação de desempenho e indicadores de saúde devem orientar o financiamento e as decisões estratégicas. Tecnologia e inovação:

Sistemas informatizados, como prontuário eletrônico e plataformas integradas de dados, aumentam a eficácia da gestão e reduzem erros.

#### **4.4 SUS e Tecnologia**

A incorporação de inovação e tecnologia tem transformado a gestão estratégica em saúde, permitindo maior eficiência operacional, redução de custos e melhoria na qualidade do atendimento. A transformação digital no setor de saúde envolve desde a adoção de prontuários eletrônicos até o uso de inteligência artificial para análise de dados e suporte à tomada de decisão. O avanço da telemedicina também tem se destacado como uma solução eficaz para ampliar o acesso a serviços de saúde, especialmente em áreas remotas ou com escassez de profissionais. Essas inovações não apenas otimizam processos internos, mas também melhoram a experiência do paciente, tornando o atendimento mais ágil e personalizado (Santos *et al*, 2020).

O uso de *big data* na saúde tem permitido uma abordagem mais preditiva e personalizada, auxiliando na identificação de padrões epidemiológicos, previsão de surtos de doenças e monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar. A análise de grandes volumes de dados possibilita uma gestão mais eficaz dos recursos disponíveis, contribuindo para a alocação adequada de profissionais, insumos e infraestrutura. Além disso, a inteligência artificial tem sido utilizada para o desenvolvimento de algoritmos capazes de auxiliar no diagnóstico precoce de doenças, reduzindo a necessidade de exames invasivos e melhorando os prognósticos dos pacientes (Arruda; Siqueira, 2020).

Outro aspecto fundamental é a automação de processos administrativos, que reduz o tempo gasto com tarefas burocráticas e permite que os profissionais de saúde foquem no atendimento ao paciente. Sistemas integrados de gestão hospitalar contribuem para a melhoria da comunicação entre diferentes setores, otimizando o fluxo de informações e reduzindo erros operacionais. A interoperabilidade dos sistemas é um fator crítico para garantir que os dados dos pacientes possam ser acessados com segurança e eficiência, independentemente da unidade de saúde onde foram gerados (Agundes *et al*, 2022).

A digitalização dos serviços de saúde também exige uma atenção especial à segurança da informação e proteção de dados dos pacientes. Com o aumento do uso de plataformas digitais, torna-se essencial implementar políticas de governança de

dados que garantam a privacidade e a integridade das informações. A conformidade com legislações como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) no Brasil e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) na Europa é um desafio para as instituições de saúde, que precisam equilibrar inovação e responsabilidade na gestão das informações sensíveis (Gomes; Lima, 2023).

Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde para o uso adequado das novas tecnologias é um fator essencial para o sucesso da transformação digital no setor. A resistência à mudança e a falta de treinamento adequado podem representar barreiras significativas para a adoção de soluções tecnológicas, comprometendo a eficácia das iniciativas de modernização. Investir na formação contínua dos profissionais e na criação de uma cultura organizacional voltada para a inovação é uma estratégia fundamental para garantir a adesão e o sucesso das novas ferramentas (Guedes; Silva, 2023).

O impacto da inovação na gestão estratégica em saúde também se reflete na melhoria do atendimento ao paciente, proporcionando maior personalização e acessibilidade aos serviços. O uso de dispositivos vestíveis (*wearables*), como relógios inteligentes e sensores biométricos, permite o monitoramento contínuo de sinais vitais, facilitando a detecção precoce de condições médicas e a adoção de intervenções preventivas. Esses dispositivos conectados contribuem para a transição de um modelo de saúde reativo para um modelo proativo, no qual a prevenção e a promoção da saúde ganham maior relevância (Lima *et al.* 2023).

No contexto hospitalar, cirurgias robóticas e equipamentos de última geração tem aprimorado a precisão dos procedimentos, reduzindo complicações e acelerando a recuperação dos pacientes. A automação na administração de medicamentos também tem se mostrado uma inovação, minimizando erros de dosagem e garantindo segurança na prescrição. Tais avanços evidenciam o papel da tecnologia como um facilitador essencial para a modernização da gestão estratégica em saúde (Ribeiro *et al.*, 2021).

Os desafios para a adoção dessas inovações incluem altos custos iniciais, resistência organizacional e dificuldades de integração entre sistemas legados e novas tecnologias. Muitas instituições enfrentam limitações financeiras para investir em soluções avançadas, o que torna necessário buscar parcerias e incentivos governamentais para viabilizar a modernização dos serviços (Santos *et al.*, 2020).

Além disso, a integração de tecnologias exige um planejamento estratégico

cuidadoso para evitar fragmentação e garantir que as soluções adotadas sejam compatíveis entre si. A adoção de um modelo de saúde baseada em valor tem se beneficiado das inovações tecnológicas, permitindo a avaliação contínua dos resultados clínicos e a melhoria da qualidade assistencial (Cavalcante, 2019).

Esse modelo prioriza o desfecho positivo para o paciente, em vez da quantidade de procedimentos realizados, o que incentiva a eficiência dos serviços e a redução de desperdícios (Passos, 2023).

O atual momento de implementação do SUS coloca novas demandas que passaram a exigir novas tecnologias e metodologias de gestão, integradoras e participativas: a construção de redes de serviços integrados; a qualificação dos serviços e a satisfação dos usuários; o código dos direitos dos usuários; a humanização das relações entre profissionais e usuários; a integralidade da atenção e do cuidado; a formação e educação permanente; a cogestão entre estados e municípios para gerenciamento da programação pactuada e das centrais de regulação do acesso; um processo de avaliação permanente de serviços e de sistemas de saúde; entre outros. (Lima *et al.* 2023).

A adoção de soluções inovadoras precisa estar alinhada com as necessidades reais do setor e ser implementada de forma gradual e estruturada para garantir a adaptação dos envolvidos. Dessa forma, a inovação e a tecnologia representam grandes oportunidades para a gestão estratégica em saúde, mas seu sucesso depende de um planejamento cuidadoso, investimentos adequados e da capacitação dos profissionais (Ribeiro *et al.*, 2021).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao analisar o sistema de saúde no Brasil percebe-se que um dos grandes desafios tem sido a redefinição, ao longo do tempo, das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Para enfrentá-lo têm sido elaborados muitos dispositivos normativos demarcando os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que tem como ponto de partida uma unidade de princípios, mas que tem de atuar de forma coerente com a diversidade operativa nos territórios em que está localizada a população com suas necessidades de saúde. A gestão eficiente do Sistema Único de Saúde é condição indispensável para que o Brasil possa cumprir o preceito constitucional de garantir saúde como direito de todos e dever do Estado.

Os entraves enfrentados são inúmeros e complexos, mas não intransponíveis. Investir em Planejamento, capacitação de gestores, mecanismos de transparência e inovação tecnológica são caminhos promissores para fortalecer a saúde pública brasileira. Somente com uma gestão pública responsável, participativa e orientada por evidências será possível oferecer serviços de saúde dignos à população.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando. **Trajetórias das reformas administrativas no Brasil: balanço e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

ALMEIDA, Lisiane Marcolin; SILVA, Helena Terezinha Hubert. **Equipamento médico-hospitalar: uma gestão na área da saúde**. IJHE – Interdisciplinary Journal of Health Education, v. 1, n. 1, 2016.

AMARAL, J. L. G. do et al. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde**. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, p. 1-16, mar. 2007.

ARRUDA, J. S.; SIQUEIRA, L. M. R. de C. **Metodologias ativas, ensino híbrido e os artefatos digitais: sala de aula em tempos de pandemia**. Práticas Educativas, Memórias e Oralidades – Rev. Pemo, [S. l.], v. 3, n. 1, p. e314292, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. **Lei complementar n. 141, de 13 janeiro 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 19 setembro 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Fundo Nacional de Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de pactuação dos indicadores de saúde: diretrizes para a gestão da assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Regulação de Sistemas de Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula2\\_gestao\\_planejamento\\_programacao\\_financiamento.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula2_gestao_planejamento_programacao_financiamento.pdf). Acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília, DF: Funasa, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 43-51, 23 fev. 2006.

BRASIL. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS**. Brasília, 2007.

CALMON, Kátya M. N.; GUSSO, Divonzir A. **A experiência de avaliação do plano plurianual (PPA) do Governo Federal no Brasil**. 2004.

CAMPOS, G. W. S. **A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária**. Interface (Botucatu), v. 22, n. 64, p. 5-8, mar. 2018.

CAVALCANTE, L. R. **Administração pública empreendedora**. São Paulo: Atlas, 2019.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 33. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2021.

DIAS, P. C. et al. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00006016, 2017.

DRUCKER, Peter. **O Gestor Eficaz**. São Paulo: Pioneira, 2001.

FERNANDES, F. dos S.; BORDIN, Ronaldo. Desempenho da gestão hospitalar por parcerias público-privadas no Sistema Único de Saúde. REAd – Revista Eletrônica de Administração, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 754-769, 2022.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREITAS, R. K. V. de; DACORSO, A. L. R. **Inovação aberta na gestão pública: análise do plano de ação brasileiro para a Open Government Partnership**. Revista de Administração Pública, v. 48, n. 4, jul./ago. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da educação profissional em saúde: ocupação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

GOMES, E. R.; LIMA, T. B. **Fatores mediadores na articulação entre metodologias ativas e tecnologias digitais no ensino remoto emergencial: um olhar docente do curso de administração de uma instituição federal de ensino superior no Brasil**. Revista Gestão Universitária na América Latina, v.16, n.1, 2023.

GUEDES, T. A.; SILVA, F. S. **Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso**. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 13, n. 37, p. 111-129, 2023.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante et al. **Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

PASSOS, T. S. **Proposta de melhoria do acolhimento da demanda espontânea utilizando ferramentas de gestão da qualidade: estudo de caso em uma unidade básica de saúde do agreste sergipano**. Revista de Administração em Saúde, v. 23, n. 91, 2023.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

RIBEIRO, Mauro José; MADUREIRA, Mário César. **Qualidade nos serviços de saúde**. In: ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi (org.). Economia e gestão em saúde. Barueri: Manole, 2010. cap. 13, p. 256-257.

RIBEIRO, R. L. A. O.; MACÊDO, D. F.; SANTOS, D. G. **Aplicação de ferramentas da qualidade para a implantação de um sistema de gestão da qualidade: estudo de caso no IFAL**. Diversitas Journal, v. 6, n. 2, 2021.

SANTOS, C. R. M. et al. **O diagrama de Ishikawa no processo de arquivamento na gestão pública**. Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão, p.31, 2020.

SANTOS, K. M.; MAIA, R. R. P.; FACUNDES, W. T. **A saúde como direito: evolução das políticas de saúde no Brasil**. Revista Brasileira de Direito Social – RBDS, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 26-37, 2022.

SANTOS, N. R. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, jan. 2013.

SIGNOR, Eduarda et al. **Os desafios da gestão pública de saúde: alternativas na organização dos serviços de saúde**. Biblioteca Lascasas, v. 10, n. 3, 2014.

SILVA, V. A. da. **Federalismo e articulação de competências no Brasil**. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (org.). Administração pública: coletânea. São Paulo: UNESP, 2010. p. 549-570.